

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE 272

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Benjamin LEBENSART

Né le 31 Décembre 1902, à Peczenizyn (Pologne)

Contribution à l'Étude clinique du cancer de l'appendice iléo-cæcal

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59, Boulevard Saint-Michel, 59

1935

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Benjamin LEBENSART

Né le 31 Décembre 1902, à Peczenizyn (Pologne)

Contribution à l'Étude clinique du cancer de l'appendice iléo-cæcal

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59, Boulevard Saint-Michel, 59

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance

Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé-
 phale

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Clinique de la Tuberculose

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Professeurs sans chaire

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOIN.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-LAVASTI
 FIESSINGER.
 Maurice VILLARET.
 LOEPER.
 CARNOT.
 CLERC.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.

H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 PROUST.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.
 MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.

MM.

GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgie
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngolog

II. — AGREGES EN EXERCICE (suite)

MM.

HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBE (Henri) .. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL .. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY Pharmacologie.
LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.

MM.

MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE. . . Médecine Légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TROIISIER Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI
ALAJOUANINE ..
AUBERTIN
BRULE
CHABROL
CHIRAY
DONZELOT
DUVOIR
HARVIER
LIAN
PASTEUR-VALLE.
RY-RADOT
SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER
HEITZ-BOYER ...
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
GUENIOT
LE LORIER
LEVY-SOLAL
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon président de Thèse, M. le Professeur M. LOEPER

Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a fait le grand honneur de
la présider.

Hommage de profonde reconnaissance
et de respectueuse admiration.

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A mon Oncle et à ma Tante
ARON ET DWORA KATZ

Qui ont payé un si lourd tribut à la vie, je dédie ce modeste travail comme faible témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi pendant des longues années.

Expression de gratitude non seulement pour l'aide qu'ils m'ont accordée pour parvenir à ce but, mais également pour la grande part qui leur revient dans ma formation.

INTRODUCTION

Le cancer de l'appendice n'est pas une affection aussi rare qu'on pourrait le croire.

Nous apportons ici une nouvelle observation du cancer de l'appendice; il s'agit d'une de ces formes, très rares, peut-être unique dans la littérature, avec un tableau clinique de sténose et de subocclusion.

Les recherches que nous avons été amenés à entreprendre nous ont permis de constater que de nombreux travaux avaient été consacrés à ce sujet.

L'augmentation rapide des publications ne doit pas être attribuée à l'augmentation du nombre de cancers de l'appendice; certes, en tout temps, il existait des cancers de l'appendice, mais ils étaient méconnus par suite de l'absence de tout contrôle histologique. C'est le progrès considérable de la chirurgie de l'appendice de ces dernières années qui a engagé chirurgiens et anatomo-pathologistes à tourner leur attention vers l'histologie de l'organe malade. On ne se contente plus d'examiner seulement des nodosités palpables, et visibles extérieurement au point de vue histologique, mais on fait de chaque appendice extirpé des coupes en série.

C'est seulement à l'exactitude de cette méthode d'examen que doit être attribuée l'augmentation rapide du nombre des cancers de l'appendice, qui ont cessé pour cette raison d'être des phénomènes extrêmement rares.

HISTORIQUE

Le premier cas de cancer de l'appendice a été rapporté par Merling en 1838. Croiset (Prus) communique 30 ans plus tard une nouvelle observation du cancer de l'appendice; puis, l'année suivante, succèdent les trois cas de Rokitsansky, que cet auteur désigne sous le nom de **cancers colloïdes**. Toutes ces observations passent dans la littérature pour fausses, tout au moins comme incertaines, de même les cas de Kollaczek (1875). Un travail de Beger, paru en 1882, fait sensation. Le cas décrit dans cette publication est considéré dans la littérature non seulement comme premier adeno-cancer certain de l'appendice, mais reste encore le seul cas chez lequel le diagnostic ait été fait avant l'intervention.

Dans les années suivantes, d'autres observations incertaines de cancer de l'appendice ont été décrites.

Le premier travail important a été publié à Paris en 1893 par Laforgue, qui a rassemblé neuf cas de cancer de l'appendice.

Entre temps on a publié encore d'autres cas isolés qui, comme ceux publiés jusqu'à présent, ne peuvent être considérés comme absolument certains.

Une nouvelle ère dans l'étude du cancer de l'appendice commence en 1897 avec les cas publiés à Paris à peu d'intervalle par Letulle et Wemberg d'une part, Mossé et Daunic d'autre part. Les cas décrits par ces auteurs sont d'une part des cancers primitifs certains de l'appendice, d'autre part ils ne peuvent pas être rangés dans le cadre de cancers connus jusqu'alors.

A partir de 1900, les publications se multiplient. En 1903, Elting pouvait déjà rassembler quarante cas dans la littérature, mais dont il ne considère que vingt cas comme cancers primitifs certains et il ajoute trois observations personnelles. Déjà, cet auteur est frappé par la prédominance du cancer chez les jeunes et la rareté de tendances métastatiques.

Les années 1906 et 1907 apportent de nouveaux travaux et de précieux résultats. Rolleston et Jones connaissent déjà 62 cas de tumeurs malignes, dont 42 ont été examinés microscopiquement et attirent l'attention sur les différents types histologiques, l'épithélioma à cellules cylindriques qui s'observe surtout dans l'âge avancé de la vie (50-60 ans), et l'épithélioma à cellules rondes qu'on observe de préférence dans le jeune âge (20-30 ans).

En 1907, apparaissent deux travaux détaillés en allemand, dont un provient d'un Hollandais Zaajier et l'autre de Vassmer, de Hannover. Avec la publication de ce dernier, le nombre des cas observés atteint 77, s'élève l'année suivante à 90 (Mac Williams, 1908), puis à 186 en 1911 (Joseph), auxquels Batzdorff pouvait ajouter en 1912 102 nouveaux cas.

En 1913, Rogg publie 210 cas; en 1915, Mayer 269.

Un travail important sur le cancer de l'appendice est encore publié en 1916 par Simon.

En France, c'étaient Léorat, Kuhn et Péreire qui contribuaient en ces dernières années à la connaissance approfondie du cancer de l'appendice

Il n'y a plus, à partir de 1918, aucun travail important à ce sujet, sauf des observations isolées qui paraissent de temps à autre.

ETUDE D'UNE OBSERVATION PERSONNELLE

(due à l'obligeance de M. le Professeur LOEPER)

Le malade D. P..., âgé de 64 ans, garçon de courses, entre dans le service de M. le Professeur Loeper, le 24 octobre 1934, pour des troubles intestinaux datant d'un mois environ.

Depuis un mois le malade se plaint de douleurs sourdes, vagues, siégeant dans l'hypogastre. Elles sont permanentes et présentent presque chaque jour une exagération à type de colique, débutant vers 5 à 6 heures de l'après-midi et durant une heure en moyenne, s'accompagnant d'un peu de ballonnement. La crise colique commence à gauche et se propage vers la fosse iliaque droite où elle s'arrête au bout d'un certain temps. Elle se termine par des borborygmes, des bruits musicaux hydrodériques avec souvent évacuation de gaz, sans évacuation de matières. Le malade présente en effet une constipation permanente depuis un mois; il va cependant à la selle chaque matin, grâce à des lavements qui lui permettent d'évacuer des matières dures, puis une selle molle, pâteuse, moulée. Il n'y a jamais eu de sang. Le passage des matières entraîne quelques douleurs qui cèdent rapidement après.

Il faut noter enfin une anorexie, d'apparition récente, avec amaigrissement assez notable.

Antécédents : n'avait jamais été constipé auparavant.

Hernie crurale à droite apparue il y a 44 ans, n'a jamais entraîné de troubles bien notables.

T. R. L'ampoule rectale ne contient pas du tout de matières, bien que le malade n'ait pas été à la selle depuis deux jours.

Sur la face antérieure du rectum, à 5-6 cm. de l'anus, on sent une masse un peu douloureuse, dure, bosselée, fixe, du volume d'une petite mandarine, dont on n'atteint pas la limite supérieure, même en faisant pousser le malade et en s'aidant du palper hypogastrique. Le toucher ne fait pas saigner.

Pas de gros foie.

Un petit noyau dur, lisse, arrondi, mobile, au-dessus de l'arcade crurale droite.

Adénopathie dure, mobile, non douloureuse dans les deux creux inguinaux.

La hernie semble être inguinale, anneau inguinal dilaté, piliers faibles. D'ailleurs cette hernie serait déjà descendue dans le scrotum.

Sucre = 0. Albumine = 0. Température normale. Urée 0 gr. 55. P. A. 16/10.

Examen du 27 octobre 1934. Sang :

Globules rouges	4.240.000
Globules blancs	8.200
Hémoglobine	80
Polynucléaires	77
Lymphocytes	9
Moyennes	9
Grandes	5

Examen du 30 octobre 1934. Selles: Mayer +.

Compte rendu des examens radiologiques.

29 octobre 1934. Intestin :

Dix à six heures après ingestion de deux repas opaques, la gélobarine se trouve dans les dernières anses iléales et n'a pas encore atteint le transverse. Le caecum ne présente aucune déformation, il est entouré par la terminaison de l'iléon dont il est difficilement dissociable. Ces anses grêles apparaissent en outre nettement élargies. En amont de la partie moyenne du colon ascendant, l'imprégnation paraît irrégulière avec douleurs à la palpation. Cet examen sera complété par un lavement opaque.

3 novembre 1934. Lavement :

Le sixième jour, après un examen, on trouve encore de la baryte dans le cadre colique. Un lavement opaque montre un remplissage normal de l'intestin avec distension marquée du colon droit. La mobilité et la souplesse sont normales, pas de points douloureux localisés.

Résumé

Voilà donc chez un homme de 64 ans un syndrome colique, débutant à gauche et se propageant vers la fosse iliaque droite où il s'arrête au bout d'un certain temps, en se terminant par de borborygmes. Constipation récente depuis environ un mois et demi. Par ailleurs un état général mauvais avec signes de cachexie cancéreuse faisant penser à une néoplasie, signes physiques qui font penser à une obstruction. Ce tableau de sténose et subocclusion cadrerait bien avec l'hypothèse d'un obstacle siégeant au niveau d'un point du tractus intestinal avec un signe de König estompé, intéressant probablement le caecum ou la terminaison du grêle. On a posé le diagnostic d'obstruction de la terminaison du grêle probablement de nature néoplasique. L'adénopathie souligne l'hypothèse par sa dureté ligneuse. On

propose donc une intervention et le malade est passé dans un service de chirurgie. En chirurgie, avant l'intervention, le malade meurt par syncope.

Compte rendu de l'autopsie

1° *Anatomie pathologique macroscopique.* A l'ouverture du ventre, on constate un processus d'inflammation et des adhérences du péritoine avec abcès ponctiforme au niveau de la région terminale du mésentère et des dernières anses grêles. Ces anses sont enroulées sur elles-mêmes, plus ou moins volvulées. Ces enroulements paraissent bien de cause mécanique de l'obstruction constatée par la clinique et la radiographie, car, d'une part, le grêle de cette région est souple à la palpation, de dimension normale; d'autre part, une ouverture sur toute la longueur n'a montré aucune atteinte pariétale et, fait important, en amont du processus d'enroulement, le grêle est très dilaté. En examinant à fond la pièce, on s'aperçoit que toute la zone d'adhérences et de péritonite chronique est centrée par l'extrémité libre de l'appendice. En effet, cette extrémité est dure à la palpation, tuméfiée dans sa moitié dislale, crissant sous le scalpel. On prélève un fragment pour l'examen histologique, de même un ganglion du mésentère, dur et ligneux. Caecum absolument normal.

2° *Anatomie pathologique microscopique.* Muqueuse normale entièrement disparue, remplacée par une zone assez irrégulièrement limitée, dans laquelle, au sein d'un tissu fibreux de faible densité, se rencontrent des boyaux cellulaires dirigés en tous sens dont certains sont pleins et d'autres prennent un aspect alvéolaire. Quand on examine au plus fort grossissement les éléments cellulaires, on constate

qu'ils sont constitués par des cellules cylindriques modifiées, quelques-unes assez effilées, ayant perdu leur forme initiale. Ces éléments cellulaires sont assez égaux, réguliers, le protoplasme prend des couleurs acide et basique à la fois, même dans les interstices où les cellules se trouvent en très petit nombre. On ne voit pas d'éléments très volumineux. Le tissu conjonctif et musculaire est infiltré d'éléments cellulaires à type lympho-conjonctif, existant abondamment par endroits; on voit par place quelques rares éosinophiles. Le néoplasme pénètre dans la couche musculaire et même par places dans la couche péri-appendiculaire. Un ganglion situé au voisinage de l'appendice est manifestement envahi par le processus néoplasique et, dans son sein, une alvéole cancéreuse paraît évoluer vers l'état colloïde. Pas d'atteinte des nerfs

En somme : a) tumeur épithéliale à évolution alvéolaire prenant par place un aspect colloïde.

b) Inflammation chronique de l'appendice et de la zone péri-appendiculaire expliquant la production d'adhérence et les troubles consécutifs.

OBSERVATIONS

I^{er} GROUPE. — Formes latentes

a) (Landau. *Über den primären Krebs der Appendix.*)

Femme âgée de 33 ans présentant un fibrome de l'utérus avec affection chronique des annexes des deux côtés, se plaint depuis un mois d'une sensation de pression permanente qui la tourmente principalement la nuit et surtout du côté droit de l'abdomen juste au dessous de l'arc costal; parfois cette sensation de pression est remplacée par une douleur violente, tranchante « comme si elle avait pris un purgatif ».

Laparatomie; amputation supravaginale de l'utérus. Extirpation de l'annexe gauche adhérente et de l'appendice.

L'appendice, tortueux, épais, replié plusieurs fois sur lui-même, épaissi à la pointe avec méso adhérent au colon.

L'examen histologique de l'appendice enlevé donne une épithélioma

b) Letulle (*Bul. mem. de la Soc. d'Anat de Paris 1903.*)

1) Chez un tuberculeux, mort à l'hôpital Boucicaut, l'appendice fut trouvé oblitéré dans son quart inférieur; en même temps cette portion de l'organe était déformée, arrondie, dure, de la grosseur d'un gros noyau de cerise.

Examen de l'appendice :

I° Portion de l'appendice restée perméable, appendicite chronique ;

II° Extrémité de l'appendice oblitérée est complètement cancérisée.

2) Femme 26 ans, morte de misère et d'inanition. Tuberculose calcaire du poumon droit.

Appendice long de 10 cm. entouré d'adhérences au niveau de sa moitié supérieure, est libre dans le reste. Le dernier centimètre se termine en une petite tumeur ovoïde, du volume et de la forme d'un gros noyau de cerise, dure, d'une consistance uniforme. La surface est lisse, brillante.

L'examen microscopique permet d'établir qu'il s'agit encore ici d'un cancer de l'appendice.

II° GROUPE. — *Forme appendicite chronique*
avec ou sans crises

a) Zaajier (*Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie* 1907).

Homme de 25 ans présente depuis l'âge de 12 ans de temps à autre des crises de douleurs abdominales. La durée de ces crises était le plus souvent d'environ deux jours, pour disparaître après. Il y a un mois il a eu une attaque semblable. Il n'y avait jamais eu d'autres signes d'appendicite aussi ce diagnostic n'avait jamais été fait. On constate à l'examen local une forte défense musculaire dans la région iléo-caecale. Une pression exercée sur le point de Mac Burnay est très douloureuse. Pas d'hyperesthésie cutanée. La tension musculaire empêche la palpation des parties profondes. On fait maintenant le diagnostic d'appendicite et l'on intervient.

A l'opération on a trouvé :

1° Une périappendicite adhésive ;

2° A la pointe de l'appendice une masse gélatineuse de la dimension d'un haricot.

L'examen histologique a montré une épithélioma colloïde.

Ici la clinique nous montre un cas d'appendicite chronique récidivante depuis 13 ans chez un homme de 25 ans.

b) Lécène (*Cancer primitif de l'appendice iléo-caecal*, 1907).

Homme âgé de 32 ans, entre dans le service en 1906 pour un abcès de la fosse iliaque droite. En 1901 il a eu une crise douloureuse sans fièvre, ni vomissements, une autre en 1903 toujours sans fièvre, ni vomissements. En 1907 crise appendiculaire avec, cette fois-ci, de la fièvre et des vomissements. A l'intervention on a découvert un abcès qu'on a incisé et drainé.

En 1906 la cicatrice devient sensible, on débride la cicatrice et il y a un écoulement de pus. L'appendice enlevé présente deux bosselures qui, à l'examen histologique, montrent un épithélioma cylindrique atypique avec infiltration du tissu environnant.

III^e GROUPE. — Forme appendicite aiguë

1° Zaajier (*Primäres Karzmom des Wurmfortsatzes*).

Un homme de 54 ans est admis le 20 janvier 1905 dans l'hôpital de Haarlem pour péritonite diffuse. Quatre jours auparavant il se portait bien, puis tout d'un coup surviennent des douleurs abdominales violentes, qu'il cherche à calmer par l'huile de Haarlem. Deux jours plus tard, il commence à vomir. Ces vomissements sentent mauvais et son état empire. A son admission le cas était désespéré.

On sentait dans le flanc droit une tumeur de la grosseur d'un poing. Dans la même nuit le malade mourait.

Autopsie. A l'ouverture du ventre un pus sanguinolent s'écoulait de la cavité abdominale Péritonite. Le processus avait la grosseur d'un œuf de poule et était lié à la racine du mésentère par une membrane rubaneuse. Celle-ci étranglait l'anse sigmoïde, de telle façon que la paroi intestinale était devenue nécrotique. La surface de l'appendice était lisse, dans le méso, pas de ganglions tuméfiés. La paroi de la tumeur était mince, le contenu, une masse gélatineuse, divisée par des cloisons émanant de la paroi.

A l'examen histologique on trouve un épithélioma.

2° Lécène (*Le cancer primitif de l'appendice. Progrès Médical* 1907).

Observation 16 septembre 1902. Une femme de 29 ans présente une crise typique d'appendicite aiguë, avec douleurs dans la fosse iliaque droite, fièvre, vomissements, constipation. La crise passée on trouve encore de la douleur à la pression mais pas d'empatement.

Opération. L'appendice est recourbé en cor de chasse avec deux bosselures séparées par un rétrécissement. Dans le méso-appendice, présence également de deux bosselures. Microscopiquement épithélioma à cellules cylindriques atypiques infiltré dans toute l'épaisseur des tuniques de l'appendice, jusque dans la séreuse. Les nodules du méso étaient constitués par un épithélioma cylindrique de même nom.

Diagnostic histologique : épithélioma atypique malin.

IV° GROUPE. — Forme tumeur

Beger, cité d'après Zaajier. (*Le seul cas où le diagnostic a été fait avant l'intervention.*)

Chez un homme âgé de 47 ans on a trouvé, trois ans et demi avant l'opération, une « boule » dans la région inguinale droite donnant lieu à une intervention. A l'incision il s'écoulait un litre de pus inodore. L'état du malade s'améliorait, mais la cicatrice d'incision ne guérissait pas et la sécrétion persistait. Jamais il n'y avait d'écoulement de matières stercovales ni sortie de gaz par la fistule. Pas de troubles digestifs ni surtout de constipation. A l'ouverture de cette fistule il y avait croissance de bourgeons charnus qui, au cours de trois ans et demi, ont donné naissance à une tumeur ulcéreuse de volume d'un poing qu'on a considérée comme une tumeur appartenant à la paroi abdominale. Un petit fragment de la tumeur est prélevé et examiné microscopiquement ; il donne l'image caractéristique d'un adéno-carcinome du colon.

Beger avait alors fait le diagnostic de cancer de l'appendice par le raisonnement suivant Il y a un cancer dans un endroit du colon (préparation histologique). Comme il n'y avait pas d'autres symptômes caractéristiques des cancers coliques, d'abord les signes du sténose, ensuite on n'avait jamais observé la sortie ni de gaz intestinaux, ni de particules solides de l'intestin par l'ouverture de la fistule, il ne pouvait donc s'agir que d'une partie de l'intestin qui n'est pas en contact avec les ingesta et dont la fermeture n'avait pas pour conséquence l'arrêt du transit intestinal. Cela ne pouvait être (abstraction faite de diverticules coliques anormaux) qu'uniquement l'appendice.

V^e GROUPE. Forme avec métastase, récurrence
et généralisation

Lejars. (*Cancer primitif de l'appendice, récurrence et généralisation.*)

Un homme de 25 ans, pâle, chétif, amaigri, présente depuis plusieurs mois de petites crises douloureuses, larvées, sans vomissement, caractérisées surtout par des douleurs dans la fosse iliaque droite, les reins et la région épigastrique. Ces crises, d'une durée de deux semaines sont séparées par des phases d'accalmie, finalement apparition d'une crise plus intense, appétit mauvais, accentuation de l'amaigrissement.

Examen : douleurs nettes au point de Mac Burnay et dans la région correspondante on sent une sorte de cordonnet épais, vertical, bien caractérisé. Diagnostic : appendicite chronique avec réserve d'origine peut-être tuberculeuse en tenant compte de l'état général du malade. Opération. Appendicectomie avec guérison en 15 jours. Microscopiquement on constate un épithélioma.

Trois mois plus tard le malade revient dans le service dans un état cachectique.

Examen : ventre tendu, matité sur large zone dans les deux fosses iliaques, surtout à droite, avec perception de ce côté de grosses bosselures reliées en une masse commune, dure et immobile. Quelque ganglions dans la fosse sus-claviculaire gauche et sous la paroi de l'abdomen à gauche de l'ombilic, une petite tumeur, ronde, dure sous-cutanée des plus suspectes.

Opération sur demande du malade.

A l'incision écoulement d'un liquide rougeâtre en abondance, caecum transformé en une tumeur épaisse, bosselée qui remonte sur le colon ascendant, qui s'infiltre dans le mésentère voisin et le long du péritoine iliaque, et qui forme un bloc dur, adhérent et fixe. Au cours de l'intervention on enlève le noyau de la paroi abdominale et l'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un noyau de gé-

nérialisation. L'examen histologique montre : un épithélioma polyédrique à disposition trabeculaire, développé dans la muqueuse de l'appendice, entièrement transformée avec envahissement de la sous-muqueuse et trainées de lymphatique cancéreuse dans la muqueuse et la sous séreuse.

VI^e GROUPE. — Cancer de l'appendice
coexistant avec d'autres tumeurs

Moritz Harnik. (*Ovarialkarznom neben Karznom der Appendix.*)

Une femme âgée de 59 ans, sans antécédents personnels, ni familiaux; n'avait jamais accouché, ni avorté, était bien réglée de sa 15^e jusqu'à sa 50^e année. Depuis deux ans la malade ressent une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et observe que l'abdomen augmente de volume. Mais c'est surtout dans les dernières semaines que le ventre se développe considérablement et la malade se plaint d'étouffements et de malaises après les repas.

A l'examen on constate une tumeur dépassant l'ombilic de trois travers de doigt, dont on ne peut pas déterminer les connexions avec l'utérus, même au cours de l'anesthésie on ne peut pas préciser s'il s'agit d'une tumeur de l'utérus ou de l'ovaire. L'augmentation rapide de la tumeur et la présence de l'ascite sont plutôt en faveur d'une tumeur maligne de l'ovaire.

Opération le 29 août 1923.

Examen macroscopique :

a) Tumeur ovarienne, lisse, par endroits nécrotique de volume d'une tête, composée de cavités cystiques séparées par des cloisons épaisses partiellement ramollies.

b) Tumeur de l'appendice. Dans la lumière de l'organe non oblitérée on trouve plusieurs pierres stercovales.

Examen microscopique :

a) Epithelioma tubulaire avancée et nécrotique de l'ovaire ;

b) Tumeur identique dans l'appendice.

Il est impossible de décider lequel des deux organes est le foyer primitif.

VII^e GROUPE. — Cancer de l'appendice hernié

Patel. (*Cancer de l'appendice hernié. Soc. de Chirurgie de Lyon, 1907.*)

Il s'agit d'un homme de 58 ans, dont la mère est morte d'un cancer du sein. Il présente depuis sa 25^e année une volumineuse hernie inguinale droite, depuis 15 ans une autre du côté gauche. Un jour, avant l'opération, la hernie droite sort et ne se laisse plus réduire. Deux mois auparavant elle est devenue douloureuse. Dans la tumeur herniaire on sentait une petite masse mobile. L'opération a démontré qu'il s'agit de l'appendice portant à sa pointe un cancer prouvé par l'examen histologique.

VIII^e GROUPE. — Cancer et invagination

Batzdorff. (*Beitrag zum Wurmfortsatzkarznom. Arch. f. Chir. 1912.*)

Malade âgée de 21 ans, présente depuis 10 ans fréquemment des crises appendiculaires. Température et pouls normaux. Dans la région iléo-caecale résistance de grosseur d'une mandarine. L'appendice est invaginé dans le caecum, sauf 2 cm. distales. Le caecum est englobé dans une masse

tumorale. Résection de l'appendice et de la partie caecale avoisinante. Après un mois et demi on résèque la totalité du caecum avec 10 cm. de l'ileon et les ganglions iléo-caecals avoisinants. L'appendice et deux ganglions sont cancéreux. Le caecum est complètement indemne. Ce cas est intéressant également par le fait qu'on a trouvé aussi des métastases.

IX^e GROUPE. — Cancer chez l'enfant

MM. Letulle et Wemberg. (*Appendicite chronique et cancer primitif de l'appendice iléo-caecal.*)

Enfant de douze ans et demi. Il a souffert de colite muco-membraneuse depuis l'enfance. Indigestions fréquentes. Première crise d'appendicite en août 1897. Depuis lors, une légère sensibilité au niveau du point de Mac-Burney a persisté, la santé générale étant bonne. Le 15 janvier 1898 éclate une crise d'appendicite aiguë, avec un ou deux vomissements. A l'examen, fait le quatrième jour de la crise, on trouve un plastron caecal large comme la moitié de la paume de la main. Résolution complète vers le 10^e jour. A ce moment on sent l'appendice gros comme le pouce et très dur. L'enfant est mise à la diète absolue et va bien jusqu'au 1^{er} mars. Ce jour-là, rechute légère ; ni fièvre, ni vomissements. On trouve de nouveau un petit plastron englobant l'appendice. L'enfant est mise de nouveau à la diète absolue. La crise est terminée le 10 mars.

Opération le 28 mars.

Appendice adhérent à l'épiploon et à la fosse iliaque, entre le caecum et l'arcade Son extrémité est dilatée. Dans la portion dilatée on a trouvé, nageant au milieu du pus, un calcul sternocal. Au-dessus de cette dilatation l'appendice est rétréci.

Examen microscopique :

1° Extrémité dilatée de l'appendice : poussée aiguë, ulcéreuse, développée sur une appendicite chronique. Périappendicite ;

2° Portion sténosée est cancéreuse ;

3° Le méso, très épaissi, contient des foyers cancéreux.

**X^e GROUPE. — Cancers secondaires d'appendice
dus à une métastase**

Meye G. (*Ueber primäres und secundäres Karznom des Wurmfortsatzes, Inaug. Diss. Leipzig, 1911.*)

Chez un homme de 64 ans on a trouvé un cancer colloïde de l'estomac avec métastase dans les ganglions mésentériques, péritoine, foie, côtes, rate, etc., et dans l'appendice, libre de toute adhérence, mais dur et épaissi, gardant plus ou moins la forme normale.

D'abord l'auteur a eu le soupçon qu'il s'agit de deux cancers primitifs (estomac et appendice), mais, après un examen microscopique on a pu exclure cette hypothèse. La nature secondaire du cancer de l'appendice est évidente par le fait que la muqueuse ne participe pas au développement du cancer, elle est complètement indemne, et par la pénétration de masses cancéreuses du dehors. La lumière paraît macroscopiquement oblitérée par des masses néoplasiques, en réalité elle n'est que déplacée excentriquement.

Dans l'appendice on trouve un adeno-cancer analogue à celui de l'estomac, seulement la transformation gélatineuse manque. Mais celle-ci manque également dans les ganglions tributaires de l'estomac, qui sont atteints certainement de métastase émanant de l'estomac.

ETUDE CLINIQUE GENERALE (Symptomatologie)

Le cancer de l'appendice iléo-caecal est une affection rare, souvent sans histoire clinique et n'a que de lointaines analogies avec d'autres cancers intestinaux.

Depuis longtemps on était frappé par ce fait, qu'une partie de ces cancers se distingue au point de vue clinique, par sa bénignité, par la petitesse des tumeurs, par l'âge souvent jeune des personnes qui en sont atteintes (environ 20 à 30 ans, quelquefois observés même chez des enfants), et la fréquence un peu plus grande chez les femmes

Qu'un cancer au début, non compliqué ne provoque pas des douleurs, et par conséquence aucun symptôme ou maladie pouvant attirer l'attention vers l'appendice, cela se voit dans de nombreuses observations. Dans ces cas les cancers de l'appendice sont découverts par hasard à l'autopsie des malades, morts d'une affection intercurrente ou bien à l'occasion d'une intervention quelconque portant sur la cavité abdominale. Le nombre de ces constatations fortuites, faites, soit à l'autopsie, soit au cours d'une opération sans antécédents appendiculaires, est à peu près égal et se maintient aux environs de 9,8 %. Les opérations les plus fréquemment observées sont celles portant sur les organes génitaux de la femme, tandis qu'aux autopsies ce sont les tuberculeux qui fournissent le contingent principal.

Cependant la majorité des cas ne reste pas asympto-

matiques, à savoir les symptômes subjectifs et objectifs répondent complètement au tableau clinique d'une affection appendiculaire avec tous ses aspects cliniques variables.

La forme clinique prédominante est, d'après presque tous les auteurs, l'appendicite chronique récidivante, avec ou sans crise aiguë, mais souvent on se trouve en présence d'un complex symptomatique de l'appendicite aiguë prenant parfois une allure très grave avec formation d'abcès et péritonite.

Plusieurs auteurs ont essayé de trouver des symptômes caractéristiques du cancer de l'appendice. Ainsi Norris et, après lui, Landan ont voulu trouver d'après la nature des douleurs une différence avec l'appendicite. Ils pensent avoir rencontré au cours d'une appendicite chronique une « douleur sourde » et par contre une « douleur tranchante, lancinante », principalement pendant la nuit en cas de cancer de l'appendice. Pour le diagnostic différentiel cette fine distinction ne peut être employée même si elle s'était avérée quelquefois, car il n'y a pas de maladie où l'on pourrait trouver des manifestations de la douleur avec autant de variations qu'en cas d'appendicite. La palpation non plus n'a pu fournir aucun renseignement spécial. La supposition de quelques auteurs, cités par Mouchet, que les douleurs sont moins nettement localisées au point de Bac Burnay, qu'en cas d'appendicite ne répond pas à la réalité. La tumeur si fréquemment sentie peut aussi bien se rapporter à la présence d'un exudat, correspondre à des adhérences ou bien provenir d'une tension anormale des muscles. Que les crises soient moins violentes ne peut non plus être considéré comme règle. D'après Massart les symptômes aigus ne peuvent être distingués de ceux d'une appendicite aiguë: ce n'est que la persistance des douleurs, leur exagération

et les récidives qui peuvent faire penser au cancer, de même que les crises appendiculaires anormales. Mais en face de tous ces symptômes on pensera plutôt à une appendicite chronique qu'à un cancer de l'appendice.

Moucet considère comme très probable que, même sans inflammation concomittante de l'organe, la tumeur peut causer des douleurs par atteinte d'un nerf et provoquer une constipation réflexe et même un ileus. Un cas décrit par lui présente les symptômes d'une appendicite aiguë avec ileus tandis qu'à l'opération on a trouvé un cancer de l'appendice sans trace d'inflammation aiguë.

Mais ce cas de Mouchet ne peut servir comme preuve pour sa conception, car le malade a succombé à la généralisation du cancer, sans qu'on ait pu pratiquer une autopsie ; il est donc possible, qu'une tumeur sténosante ait siégé sur un autre point de l'intestin, ayant provoqué l'ileus.

La présence de sang dans les selles, n'est mentionnée qu'une fois dans le cas de Kellys, et même ici la preuve n'était que faiblement positive.

D'ailleurs on ne doit pas perdre de vue que, contrairement aux autres cancers siégeant en un endroit quelconque du trajet intestinal, l'appendice représente un point où les troubles fonctionnels intestinaux, n'apparaissent pas tant que la tumeur n'est pas ulcérée et n'a pas encore franchi les limites du siège primitif. Justement, ces phénomènes qui, pour des cancers siégeant en d'autres points de l'intestin, ont pour conséquence la production de sténose, ne jouent ici aucun rôle. Le malade ne s'en ressent que lorsque la tumeur provoque des hémorragies, des désagréments et résorptions, des douleurs par l'atteinte de nerfs sensibles ou bien des contractions et des coliques dans la musculature lisse par l'irritation des filets nerveux sympathiques. Ce

moment apparaît quand la tumeur atteint un certain volume.

De même, un néoplasme développé dans un organe, n'ayant à remplir pour l'économie aucun rôle, ou bien un rôle tout à fait secondaire, éveillera beaucoup plus tardivement des soupçons, qu'un cancer d'un organe d'importance vitale, par les troubles qu'il provoque dans le fonctionnement de cet organe et, par là, des perturbations dans l'état général.

Si on se laisse guider par ces considérations de pathologie générale, il est évident qu'un cancer primitif de l'appendice iléo-caecal ne peut provoquer aucun phénomène *qui puisse le caractériser, et il n'y a par conséquent aucune sémiologie pathognomonique du cancer primitif de l'appendice à son début.*

La justesse de cette opinion peut être démontrée par le fait que la grande majorité des cas de cancer de l'appendice opérés ont été diagnostiqués « appendicite ».

Un diagnostic avant l'intervention est pratiquement impossible.

D'après cela il ne paraît pas étonnant que le cas Beger si fréquemment cité dans la littérature, reste encore le seul où le diagnostic de cancer d'appendice iléo-caecal ait été fait avant l'opération.

FORMES CLINIQUES

Si, d'après les expositions sus-indiquées nous voulions faire un essai de classification schématique des phénomènes provoqués au point de vue clinique par le cancer de l'appendice ; nous pourrions proposer, au point de vue pratique, la division suivante. (Il va sans dire que le diagnostic a été fait après intervention.)

1) Forme latente :

Un grand nombre de cancers de l'appendice ont été découverts par hasard, soit au cours des interventions chirurgicales et, plus spécialement chez la femme, au cours d'opérations de diverses affections gynécologiques (ce qui explique le nombre plus grand de cancers observés chez elles par suite du plus grand nombre de laparatomies), soit au cours d'autopsies de sujets morts d'une affection intercurrente, le plus souvent à la suite de tuberculose, et chez lesquels on n'a trouvé durant la vie aucun symptôme d'appendicite aiguë ou chronique ou d'affection appendiculaire quelconque.

2) Forme d'appendicite chronique avec ou sans crises :

La forme clinique la plus fréquemment observée est celle de l'appendicite chronique avec ou sans crises récidivantes. Le symptôme le plus important ici est la douleur apparaissant par crises. Parfois celle-ci ne cède pas complètement et il persiste un certain degré d'endolorissement de la fosse iliaque droite. La crise ne s'accompagne pas de fièvre et d'accélération du pouls. Dans un grand nombre de cas la présence des antécédents appendiculaires peut s'étaler sur un laps de temps allant de 10 à 15 ans jusqu'à peu de mois.

3) Forme d'appendicite aiguë :

Le tableau clinique est celui de l'appendicite aiguë la plus banale ; douleurs dans la région appendiculaire, légères ou violentes, continues ou paroxystiques et réveillées à la pression, fièvre, accélération du pouls, vomissements, arrêt de matières et gaz. A l'examen physique on constate des contractures, météorisme abdominal, empâtement douloureux et submatité dans la fosse iliaque droite. Parfois on assiste à un tableau clinique où des crises analogues peu-

vent se répéter. L'affection peut également se révéler par une suppuration ou bien par une péritonite.

4) Forme tumeur :

Ce n'est que tardivement, quand le cancer a déjà atteint un certain volume qu'on peut sentir extérieurement une tumeur. Des signes physiques et fonctionnels attirent alors l'attention vers la fosse iliaque droite. Le plus souvent le diagnostic de cancer de l'appendice n'est pas posé, on le confond avec d'autres tumeurs qui peuvent apparaître dans cette région mais surtout avec celles du caecum (cancer, tuberculose). Néanmoins c'est cette forme qui conduit le plus souvent à l'intervention.

5) Forme avec métastases, récidives et généralisations :

Quoique rares et niées par certains auteurs, les métastases existent néanmoins. Nous avons trouvé dans la littérature un certain nombre de cas avec métastases et récidives. Sans doute des observations analogues pourraient augmenter, si l'inflammation de l'appendice, dans un stade extrêmement précoce de la tumeur, ne donnait pas une indication sévère pour une intervention. Car l'inflammation de l'appendice se manifeste cliniquement déjà à un moment où la tumeur n'a encore atteint qu'un volume insignifiant.

6) Cancer de l'appendice coexistant avec d'autres tumeurs :

Le cancer de l'appendice peut coexister avec un cancer d'un autre organe (ovaire, utérus, intestin) On ne peut pas toujours trouver la relation entre ces différentes tumeurs. Nous pouvons dire que :

a) La présence simultanée de cancers d'autres organes paraît vraie dans nombre de cas.

b) Une partie de ces cas cités ne sont certainement pas des cancers primitifs de l'appendice.

7) Cancer de l'appendice hernié :

Il en existe quelques cas dans la littérature, où l'on a trouvé dans un sac herniaire des appendices portant des lésions cancéreuses. Il est possible que l'irritation chronique de l'appendice, favorise l'apparition d'un cancer.

8) Cancer de l'appendice et invagination :

On a trouvé des cancers de l'appendice ayant occasionné quelquefois des invaginations. Le mécanisme a été expliqué par Westermann par le fait que, la pointe de l'appendice induré par la présence d'un cancer et tiré par les contractions de la musculature longitudinale vers le segment caecal de l'appendice et finalement dans le caecum lui-même. Le péristaltisme colique complète cette invagination en enfermant l'appendice.

9) Cancer chez les enfants :

Le cancer de l'appendice peut s'observer à tout âge quoique de fréquence variable. Le cas le plus jeune dans la littérature est celui d'une fillette de 5 ans (Mac Carty-Mac Groth). D'autres cas intéressants par l'âge précoce ont été publiés par Rogg (fille de 6 ans), Baldanf (fille de 8 ans), Brands (garçon de 8 ans) et Jalaugier (garçon de 9 ans et demi).

Le plus souvent, le mal se présente par des crises typiques d'appendicite à intervalles plus ou moins rapprochés.

10) Cancers secondaires :

Nous avons décrit d'abord le cancer primitif de l'appendice iléo-caecal avec toutes les formes cliniques. A côté de ces cancers primitifs, il existe aussi des cancers secondaires de l'appendice. Dans les rares cas où il est secon-

daire, le cancer paraît dû principalement à la propagation par contiguïté d'un néoplasme de voisinage (caecum) ou bien à une métastase. De ces cancers dus à une métastase, nous connaissons un certain nombre qui sont plus ou moins certains. La métastase dans l'appendice se présente sous forme de nodules sous-séreuses. Cette forme est le plus souvent coexistante avec un essaimage cancéreux généralisé du péritoine. Ces métastases peuvent être dues à un cancer d'un organe voisin par exemple de l'ovaire, ou bien il s'agit d'une localisation à distance d'un néoplasme dont le siège primitif se trouve en un point quelconque de l'économie.

La présence de métastases dans l'appendice en cas de cancer de l'ovaire n'est pas rare. Le plus souvent les métastases dans l'appendice proviennent de cancers dont le siège primitif se trouve dans l'estomac.

COMPLICATIONS

1° *Locales.* Les réactions de voisinage dans le cancer de l'appendice sont principalement de nature inflammatoire; aussi trouve-t-on très souvent des adhérences tantôt sur toute la longueur de l'appendice tantôt seulement en quelques points.

Une péri-appendicite n'existe pas dans tous les cas. La muqueuse peut être par endroits complètement saine, ou en totalité dans un état d'inflammation. Parfois, on trouve dans la lumière des rétrécissements et oblitérations totales ou partielles, qui peuvent provoquer localement la production de kystes:

La désagrégation de la tumeur, peut-être aussi l'inflam-

mation concomittante peuvent produire des hémorragies et des suppurations. Celles-ci peuvent provoquer occasionnellement la formation d'un abcès ou bien la perforation dans la cavité abdominale avec péritonite.

L'extension locale aux organes voisins a été observée, quoique très rarement, elle se fait généralement au caecum, méso-appendice, iléon et ganglions lymphatiques.

Après soudure avec les organes creux du voisinage (intestin, vessie, etc.), on peut voir apparaître des fistules cancéreuses, ou bien la perforation à l'extérieur. Pour cette dernière éventualité nous pouvons citer les observations de Beger et Elting.

Des cas absolument exceptionnels avec récidives ont été notés par quelques auteurs (Léjars).

Pour terminer, citons que l'invagination iléo-caecale a été observée.

2° *Générales.* Métastases et généralisation sont extrêmement rares, mais existent néanmoins, malgré le caractère d'apparence bénigne du cancer de l'appendice. Plusieurs auteurs anglais citent l'atteinte de ganglions abdominaux du méso (Wemberg, Zaajier, Dietrich, Lécène) des métastases dans le péritoine (Konietzny), dans le sein, la paroi abdominale, un cas de métastase dans le foie et l'ovaire. Mais il est parfois difficile de savoir quel est le siège primitif de la tumeur.

DIAGNOSTIC

Cliniquement il est presque toujours impossible de faire le diagnostic de cancer de l'appendice, car celui-ci ne présente pas de signes pathognomoniques et se présente sous des formes extrêmement variables.

Dans la grande majorité des cas le cancer de l'appendice se manifeste par un cortège de signes appendiculaires aigus ou chroniques. Le diagnostic différentiel avec les différentes formes de l'appendicite est impossible. Pratiquement la forme appendicite (aiguë ou chronique) est la plus commune, sans savoir s'il s'agit d'une appendicite ou d'un cancer de l'appendice.

Il est parfaitement évident, que tous les malaises et manifestations douloureuses peuvent être attribués à un organe de voisinage. Surtout chez les femmes ils peuvent être confondus avec des affections annexielles et génitales. Dans un cas de Kelly on a fait le diagnostic d'affection hépatique.

Les formes latentes sont, ou bien de trouvaille fortuite au cours des autopsies, ou bien on les découvre au cours d'une intervention abdominale.

En cas de crises douloureuses, elles peuvent être confondues avec l'appendicite, la salpingite, les coliques néphrétiques, les coliques hépatiques, etc.

S'il y a apparition des phénomènes généraux (ce qui est d'ailleurs exceptionnel car le malade supporte bien son cancer), tels que la déchéance de l'état général on peut soupçonner l'existence d'un cancer sans pouvoir le localiser.

Exceptionnellement le cancer de l'appendice peut se présenter par des signes de néoformation. C'est le cas, si la tumeur en se développant envahit le caecum, donnant alors des signes intestinaux. Mais dans ce cas nous avons le tableau clinique d'une affection intestinale et il est bien difficile d'affirmer qu'il s'agit d'un cancer primitif de l'appendice.

Il est extrêmement rare de voir le cancer de l'appendice se manifester extérieurement par une tumeur. Le diagnostic différentiel est alors à faire avec d'autres tumeurs de la

fosse iliaque droite, notamment appendicite chronique, appendicite tuberculeuse, kyste de l'appendice, actinomycose (qui peuvent d'ailleurs coexister avec un cancer de l'appendicite), tumeurs de l'intestin (cancer, tuberculose du caecum ou de l'iléon), tumeurs annexielles, tumeurs du péritoine (abcès, cancer), tumeur du bassin (ostéosarcome), tumeurs des muscles de la paroi abdominale, etc.

Si l'on considère les cas où le cancer de l'appendice est enlevé par une intervention chirurgicale, on trouve les raisons suivantes indiquant une laparotomie; Hurdon opère pour une rétro-flexion de l'utérus; Jessup (*Médical Record* 1902) pour une tumeur ovarienne; Elting pour une pelvipéritonite avec le soupçon que la fistule existant dans son cas est peut-être due à une tuberculose du caecum; Norris opère pour une rétro-flexion utérine avec salpingite; Laudau pour un fibrome de l'utérus compliqué de pelvipéritonite et affections annexielles inflammatoires; dans un cas de Mandel où les phénomènes morbides apparaissent un an et demi avant l'opération sous forme de crises aiguës, celui-ci prend une tumeur fluctuante à droite de l'utérus pour un pyosalpinx blennorragique, et trouve à l'opération un kyste de l'ovaire anodin, par contre un appendice macroscopiquement déjà très altéré, etc.

Après tout ce qui a été dit il n'est pas étonnant que ce cas de Beger si fréquemment cité dans la littérature reste encore le seul où les symptômes étaient si nets que le diagnostic de cancer de l'appendice a pu être posé déjà avant l'intervention.

La position justifiée qu'occupe ce cas isolé dans la littérature du cancer de l'appendice mérite un intérêt spécial et il nous a paru intéressant, de citer son histoire clinique (voir observation).

Même dans ce cas célèbre de Beger, tout en restant un chef-d'œuvre de diagnostic, on ne peut pas exclure la possibilité de l'existence d'un cancer du caecum avec tendance évolutrice vers l'appendice. Il faut savoir qu'un cancer du caecum peut ne pas provoquer des troubles dans la circulation intestinale (Baer), comme dans le cas de cancer du gros intestin, les fistules observées, ne doivent pas être nécessairement des fistules stercorales (de Bovis).

Mais on doit également reconnaître que les circonstances qui ont incité Beger à faire le diagnostic de cancer de l'appendice parlent dans une certaine mesure en faveur de son diagnostic.

CONCLUSION

Notre observation ne se rapproche par aucun point de tout ce que nous connaissons de l'aspect clinique, le diagnostic et le pronostic du cancer de l'appendice ileo-caecal. Elle en diffère par tous les points.

D'abord il faut reconnaître que la symptomatologie à elle seule était insuffisante pour affirmer le diagnostic, seule l'autopsie permit d'élucider le cas.

La première idée qui venait à l'esprit était, qu'il s'agissait d'un cancer de la région iléo-caecale.

On se trouvait évidemment en présence d'une tumeur intestinale, probablement un cancer, avec un cortège de signes physiques et généraux, venant à l'encontre de cette idée.

La santé du malade est devenue mauvaise, il est devenu cachectique. L'idée à laquelle on s'arrêtait davantage était la possibilité de la présence d'un cancer de la région terminale de l'iléon. Les symptômes ont bien cadré avec ce diagnostic, il y a en effet des réactions intestinales, douleurs, constipation, borborygmes, un mauvais état général du malade. On fait donc le diagnostic de cancer probablement de la région terminale de l'iléon, diagnostic qui est également appuyé par deux radiographies, qui ont montré un rétrécissement de la fin de l'iléon avec dilatation en amont des anses volvulées.

Il existe donc une forme clinique de cancer de l'appendice se manifestant par des symptômes uniquement intes-

tinaux, qui simule absolument le cancer de la portion terminale de l'iléon à tel point qu'une erreur de diagnostic a pu être commise.

C'est une forme spéciale de cancer de l'appendice. De plus, ce qui est assez curieux, il a donné des réactions très intenses au point d'intéresser l'état général, une cachexie cancéreuse provoquée par un néoplasme absolument cantonné à l'appendice iléo-caecal, n'ayant pas, en effondrant les parois de cet organe, atteint l'intestin, comme l'a bien démontré l'autopsie. La maladie avait en plus l'air d'évoluer assez rapidement.

Il s'agit donc d'un cas très rare sinon unique dans la littérature, car, au cours de nos recherches, nous n'en avons pas trouvé d'autres.

Le fait que pareille tumeur, circonscrite à l'appendice, soit capable de produire un tableau clinique de sténose et subocclusion et amener une cachexie cancéreuse devenant une cause directe de mort, constitue à notre avis un cas isolé et nous permet d'entrevoir l'existence d'une forme clinique encore inconnue de cette affection « la forme cachectique rapide ».

Vu : Le Doyen

A. ROUSSY.

Vu : Le Président de la Thèse

M. LÉPER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHOFF. — Über die sog. Appendix Karzinom. Munch. Med. Woch. 1910.
- BALDAUF. — Primary carcinoma of the appendix. Louisville Monthly, 1913.
- BATYDORFF. — Ein Beitrag zur frage des primären Appendix Karzinoms. Arch. f. Chirur. 1912
- BONMAL. — Cancer de l'appendice B. et m. soc. Chir. de Marseille, 1913.
- BENDER. — Cancer primitif de l'appendice. Revue de Gyn. et chir. ab. Paris, 1924.
- CLAUDE. — Contribution à l'étude du cancer primitif de l'appendice, Thèse de Paris, 1903.
- DANCY DE MARCILLAC. — Contribution à l'étude du cancer de l'appendice. Thèse de Bordeaux, 1925.
- DURAND. — Epithélioma cylindrique de l'appendice secondaire à un kyste végétant de l'ovaire (B. et m. soc. anat. Paris, 1920).
- ESCOFFIER. — Du cancer primitif de l'appendice hernié. Lyon, 1907.
- ELTING. — Primary carcinoma of the vermiforme appendix. The Glasgov Med.. Jour., 1903.
- V. GAZA. — Karzinom des Wurmfortsatzes. Deut. med. Wochensch., 1910

- GISCARD. — Essai sur le cancer primitif de l'appendice et sur le rapport avec l'appendicite. Thèse de Toulouse, 1900.
- GOLDSTEIN. — Primary sarcoma of the appendix. Proc. Path. Soc. Phila., 1920.
- HARTMANN. — Cancer de l'appendice. B. et m. soc. chir. de Paris, 1907
- HARDUIN. — Une observation de cancer de l'appendice. B. et m. soc. Nat. de Chir., 1934.
- HARNIK. — Ovanalkarzinom neben Karzinom der Appendix. Monats. fur Geburtsh. u. Gyn., 1924.
- JOSSERAND et BONGET. — Epithélioma de l'appendice iléo-caecal. Revue de Chir., 1913.
- KHEMHADJIAN. — Cancer de l'appendice. Thèse de Paris, 1911.
- KONIETZNY. — Fur frage des primär. Appendix Karzinoms. Deut. Zeitsch. f. Chir., 1910.
- LANDAU. — Uber den primären Krebs de Appendix. Ber. Klin. Woch., 1906.
- LÉCÈNE. — Deux cas du cancer primitif de l'appendice iléo-caecal. (B. et m. soc. de Chir. de Paris, 1907).
- LEJARS. — Cancer primitif de l'appendice, récédive et généralisation rapide (B. et m. soc. Chir. Paris, 1903).
- LETULLE. — Le cancer primitif de l'appendice chez les tuberculeux. (B. et mem. soc. anat. Paris, 1903).
- LETULLE. — Carcinomie primitif de l'appendice. B. et m. soc. Chir. Paris, 1907.
- LETULLE. — Cancer primitif de l'appendice B. et m. soc. anat. Paris, 1907.

- LETULLE. — Cancer primitif de l'appendice B. et m. soc. anat. Paris, 1907.
- LETULLE et WENBERG. — Appendicite chronique du cancer primitif de l'appendice iléo-caecal. B. et m. soc. anat. Paris, 1900.
- LONGUET. — Chirurgie préventive de l'épithélioma appendiculaire. *Le Progrès médical*, 1907.
- LÉORAT. — Les tumeurs solides de l'appendice. *Revue de Chirurgie*, Paris 1925.
- LE PRIOL. — Le cancer de l'appendice vermiciforme. Thèse de Paris, 1908.
- MILNER. — Die sog. primären Appendix Karzinome. Deut. Zeitsch. f. Chir., 1909.
- MILOSLAVITCH et NAMBA. — Über primäres Karzinom des Wurmfortsatzes. Deut. med. Wochenschrift, 1910.
- MOUCHET. — Le cancer primitif de l'appendice. Bul. Acad. Roy. de Med. de Belgique, 1909.
- MAKARAWIEZ. — Le carcinoïde de l'appendice. Thèse de Paris, 1928.
- MICHOT. — Cancer de l'appendice. Thèse de Paris, 1927.
- MASSART. — Cancer primitif de l'appendice. Gaz. des Hôpitaux, 1912.
- MASSART et DELVAL. — Un cas de cancer de l'appendice. Bul. et mem. soc. Chir. Paris, 1903.
- NÉLATON. — Cancer de l'appendice. Bul. et mem. soc. Chir. Paris, 1907.
- NEUMANN. — Das Karzinom des Wurmfortsatzes. Arch. f. Gyn. 1930.
- PERAIRE. — Du cancer de l'appendice vermiciforme. Bul. et mem. soc. Chir. Paris, 1927.
- PATEL. — Cancer de l'appendice hernié. Lyon Médical, 1907.

- RICHELOT. — Sur l'appendicite chronique et le cancer de l'appendice. Bul. de l'Acad. de Méd., 1909.
- ROGG. — Karzinom und Karzinoide der Appendix. Zeitsch. f. Krebsforschung, 1933.
- ROGERS. — Primary carcinom of the appendix. Southrester Med., 1923.
- SOLCARD. — Un cas de tumeur carcinoïde de l'appendice. Ann. d'Anat. path., 1931.
- SCHWARTZ Ed. — Cancer de l'appendice tout à fait au début. Bul. et mem. Soc. Chir. Paris, 1912.
- SCHWARTZ E. — Zur Etiologie und Histogenèse des primären Wurmfortsatz Krebses Deut. Zeitsch. f. Chir., 1913.
- TOUCAUX. — Cancer primitif de l'appendice chez une jeune fille. Sté de Méd., Chir. et Pharm., Toulouse, 1929.
- THOMAS. — Adeno-carcinom of the appendix. Brit. M.S. London, 1923.
- VILLAR. — Cancer primitif de l'appendice. Gaz. heb. des soc. méd. Bordeaux, 1904.
- VOLLMAR. — Das Karzinom u. Karzinoide der Appendix. Arch. f. Klin. Chirurgie, 1926.
- WAGNER. — Metastasenbildung in den Lymphfollikeln der Appendix beim Mammakarzinom. Wiener Klin. Wochensch., 1910.
- WEINBERG. — Epitelioma primitif de l'appendice, développé dans la cicatrice d'oblitération chez un jeune homme de 22 ans. (Bul. et mem. soc. anat., 1905).
- ZIMMERMANN. — 2 fälle von Karzinom des proc. vermiformis. Berl. Klin. Wochenschrift, 1920.
- ZAAJIER. — Primäres Karzinom des Wurmfortsatzes. Bruns Beiträge, Klin. Chirurgie, 1907.

IMP. CENTRALE, 5, RUE ERARD, PARIS. TÉL. DID. 49-82.
